FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Alexandre GOLDENBERG

Né à Simféropol (Russie-Crimée), en 1884, le 29 décembre

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

L'INVOLUTION UTÉRINE

Président : PINARD, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de profonde reconnaissance et de filial amour.

A LYDIE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A NOS MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

En remerciement de l'honneur qu'il nous a fait en présidant notre thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/etudecliniquesur0000vari

ÉTUDE CLINIQUE

SUR

L'INVOLUTION UTÉRINE

PRÉAMBULE

Notre maître, M. le Dr Wallich, au cours de notre stage dans le service de Monsieur le professeur Pinard, appela maintes fois notre attention sur la différence de la position et de la hauteur que présentait, à l'examen clinique, l'utérus dans les premiers jours des suites de couches.

Il nous donna le conseil de rechercher quelles pouvaient être les lois de ces variations, en employant une méthode un peu différente de celle mise en œuvre par la plupart des auteurs. Le plus souvent, en effet, on a pris des mensurations, soit externes, soit à la fois externes et internes sur l'utérus, on a additionné ces mensurations pour en tirer des chiffres exprimant la hauteur du fond de l'utérus à tel ou tel jour des suites de couches.

Ces chiffres moyens cachent la grande variabilité que l'on constate, en réalité, dans la situation et le changement d'aspect de l'utérus chez les différents sujets.

Il est très certainement préférable, pour apprécier cliniquement, principalement par le palper, les modifications que peut présenter l'utérus au cours des suites de couches, d'analyser un certain nombre de faits, de les comparer les uns avec les autres et surtout aussi de noter les modifications observées de jour en jour chez un même sujet.

Nous nous sommes proposé, par cette étude, de rechercher ce que peut apprendre, dans la pratique, l'examen clinique de l'utérus au cours des suites de couches, de façon à faire, si possible, la part de l'involution réelle ou de l'involution apparente de cet organe.

Notre étude comprendra :

I. — Historique, résumé de l'involution utérine.

II. — Notre méthode de recherches.

III. — Exposé des recherches faites sur l'involution utérine.

IV. — L'étude analytique de nos observations dans lesquelles l'utérus a présenté une courbe de régression régulière.

V. — L'étude analytique de nos observations dans lesquelles l'utérus a présenté une courbe de régression irrégulière.

VI. — Quelques remarques sur la position de l'utérus dans les suites de couches.

VII. — La valeur de l'examen clinique de l'utérus au cours des suites de couches.

Arrivé au terme de nos études et sur le point de

quitter la France, nous nous faisons un devoir et un plaisir de témoigner notre profonde gratitude à tous nos maîtres des Hôpitaux et de la Faculté qui nous ont guidé dans l'étude vaste de la médecine.

MM. les professeurs PINARD, DIEULAFOY et POZZI.

MM. les professeurs-agrégés : WALLICH, COUVELAIRE, MARION, SCHWARTZ et WALTHER.

MM. les Dr. BARIÉ et LE NOIR.

Nous prions M. le Dr Wallich d'accepter notre très grande reconnaissance : c'est sous son inspiration que nous avons commencé notre travail et grâce à ses conseils précieux nous avons pu le mener à bonne fin.

Nous ne saurions oublier ici M. le professeur Pinard, dont la bienveillance nous a permis de travailler dans son service de la Clinique à Baudelocque et de recueillir des observations ; nous avons conservé de son enseignement hospitalier le meilleur souvenir et nous en avons tiré grand profit ; qu'il accepte ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

HISTORIQUE

L'étude de l'involution utérine, c'est-à-dire du temps qui s'écoule entre l'accouchement et le retour de l'utérus à son état prégravide peut se diviser en trois périodes.

Pour la première période, nous apportons les travaux des auteurs qui n'ont pas fait l'étude de la régression utérine proprement dite, mais ont simplement effleuré la question : ils ont vu cette régression, mais lui ont attribué une importance secondaire.

Depuis fort longtemps les phénomènes qui se produisaient du côté des organes génitaux chez les femmes après l'accouchement avaient attiré l'attention des observateurs.

Ainsi, en 1600, Fabrice l'Acquapendante indique la diminution de volume de l'utérus après l'accouchement, et évalue à quinze jours le temps nécessaire à l'utérus pour revenir à son volume normal.

En 664, François Moriceau remarque la régression mais ne l'étudie pas : « On connaît, écrit-il, l'inflammation de la matrice en ce qu'elle est très douloureuse et beaucoup plus tuméfiée après l'accouchement qu'elle ne devroit ; la femme sent une

grande pesanteur au bas-ventre ; il s'enfle et devient presque aussi gros qu'il était avant qu'elle fût accouchée. »

En 1759, Puzos fait l'allusion au retrait de l'utérus : « La matrice a besoin d'un temps considérable et d'un écoulement de lochies fort long pour se réduire au petit volume où elle doit être hors le temps de la grossesse. »

En 1787, Baudelocque juge d'après l'état de la matrice la question du lever des accouchées.

Vers la même époque Smellie remarque que l'utérus revient à son volume normal vers le dix-huitième ou vingtième jour, ce qui dépend, d'après lui, surtout de l'écoulement et de l'évacuation immédiate de gros vaisseaux.

En 1833, Mme Boivin remarque que trente à quarante jours suffisent pour rétablir l'ordre dans toutes les parties et les rendre à peu près à leur état normal.

En 1826, Stolz de Strasbourg est le premier à parler dans sa thèse inaugurale de l'involution utérine mais il n'étudie dans son travail que l'involution du col.

En 1840, Maygrier indique la situation de la matrice après la délivrance et sa forme qui est celle d'une tumeur arrondie, mais il ne dit rien de sa hauteur dans les journées suivantes ; il attribue à l'abondance des lochies la cause favorisante du retour de l'utérus à son état normal. Jacquenier, en 1846, étudie avec plus de détails la position de la matrice après la

délivrance. « Immédiatement après la délivrance, écrit-il, l'utérus forme encore une tumeur de 7 à 9 pouces de long sur 5 à 6 de large, qu'on sent très distinctement en palpant la paroi abdominale. Elle est déjetée de côté, le plus ordinairement à droite. Son fond s'élève jusque dans la partie inférieure de la région ombilicale. Il augmente de volume pendant les douze premières heures qui suivent la délivrance. »

Les cliniciens anglais de la même époque, Lever et Simpson, ont pensé que l'arrêt du retrait utérin est une cause fréquente des affections utérines et ont décrit un état spécial de l'utérus « persistance morbide de l'état d'hypertrophie puerpérale ».

Aran, en 1858, démontre la variabilité de temps que met l'utérus pour recouvrer les dimensions normales et il conclut que les accouchées ne peuvent pas se lever à la même date.

Vers la même époque nous voyons apparaître plusieurs travaux dûs à des histologistes qui expliquent l'involution ulérine.

Vers 1849. Kœlliker émet l'opinion qu'une partie des fibres musculaires, néoformés pendant la grossesse, dégénère, l'autre partie subissant simplement une rapide diminution de longueur et d'épaisseur.

Killian et Heschl étaient d'avis que les fibres musculaires disparaissaient tout à fait.

Robin, en France, n'admettait pas la néoformation des fibres, et d'après lui sur l'utérus en involution les fibres hypertrophiés s'atrophient sans dégé-

nérescence graisseuse, ce qui fut confirmé plus tard par les travaux de Helme, d'Edimbourg.

Dans le résumé des travaux de la première période, nous voyons que les cliniciens n'ont pas étudié l'involution proprement dite ; les uns l'ont remarqué simplement, les autres ont vu dans son irrégularité la cause des maladies, d'autres encore ont pris l'état d'involution comme la règle du lever des femmes après l'accouchement.

A la deuxième période, nous rapportons des travaux dans lesquels l'involution utérine est étudiée d'une façon didactique. Les cliniciens recherchent comment se produit l'involution utérine, et quelles sont les causes qui font varier la marche de la régression, soit en retardant, soit en accélérant la marche des phénomènes. Ils étudient l'influence sur la régression de facteurs comme l'allaitement, les diverses maladies, la parité, l'âge de la femme, la durée du travail, la durée de la grossesse, les lochies, etc.

En 1858, J. Guérin est le premier, en se basant sur 21 observations, à vouloir donner la marche quotidienne de l'involution utérine, et il établit le rapport entre les accès fébriles et l'arrêt du « dégonflement » de l'utérus.

Vers la fin de la même année, Wieland, dans sa thèse inaugurale, continue les recherches de Guérin et il mesure quotidiennement la hauteur utérine (depuis le pubis jusqu'au fond de l'utérus) et nous donne la moyenne calculée d'après ses observations.

Peu de temps après, Schneider étudie un certain nombre d'observations recueillies dans les conditions de recherche de Wieland, et il se demande les causes qui peuvent faire varier la marche de l'involution.

En 1869, Autefage, élève du professeur Depaul, fait l'étude de l'involution utérine et il se sert, pour la mensuration, d'un compas inventé par son maître. A l'aide de ce compas, il a pu mesurer la hauteur de l'utérus, depuis le col jusqu'au fond.

En 1872, Pfankuch fait un travail sur l'influence des organes voisins sur la position de l'utérus pendant son involution.

En 1875, Serdukoff, directeur de la Maternité de Moscou, présente à la Société obstétricale d'Édimbourg, un consciencieux travail dans lequel il subdivise les accouchées en plusieurs catégories et étudie les diverses causes qui modifient la marche de l'involution utérine.

Chenet, en 1877, donne une moyenne pour l'involution et il étudie l'engorgement utérin comme cause la plus fréquente de l'arrêt de cette involution utérine.

Sinclair, de Boston, en 1880, et Charpentier, en France, en 1881, ont eu l'idée de faire la mensuration interne de l'utérus et nous voyons apparaître une nouvelle méthode d'investigation.

Leur mode de recherches est continué par Milsom, de Lyon, en 1881.

Mais dans l'emploi de ce nouveau procédé, on a

vu le danger de l'infection utérine et la plupart des observateurs suivants l'ont laissé de côté.

Ganzinotti, en 1882, montre le danger que présente l'hystérométrie, et en appliquant la méthode de la mensuration externe, donne le premier une série de courbes de l'involution utérine dans l'état pathologique.

Dans les années suivantes, nous voyons les auteurs rechercher les facteurs qui pouvaient accélérer l'involution utérine.

En 1887, Blanc étudie l'action de l'ergotine ; Duval, en 1888, l'action de l'eau chaude dans l'involution utérine.

Dans la série de travaux que nous avons cités, nous voyons souvent des résultats différents qui ne concordent pas les uns avec les autres; cela tient, d'une part, aux différentes méthodes de travail, d'autre part à ce fait que l'étude de l'involution normale se rapporte quelquefois aux cas accompagnés de fièvre et qui, nous semble-t-il, présentaient un certain degré d'infection. Ainsi Charpentier, par exemple, écrit que « chez certaines femmes en état de santé parfaite, en dehors de toute complication puérperale, on voit se produire pendant les premiers jours des élévations considérables de température : 38°9, 39°,5 et même 40°1 ». Milsam, dans une observation, explique le mouvement fébrile avec 39 degrés et 40°4 le lendemain par l'engorgement laiteux.

Depuis cette époque, l'étude de l'infection utérine a fait des progrès considérables ; l'introduction de l'anti-

sepsie dans les accouchements a fait baisser dans de grandes proportions la quantité des femmes atteintes de fièvre puerpérale, et les nouveaux observateurs étaient dans les meilleures conditions pour étudier l'involution utérine. C'est la troisième période dans l'étude de l'involution utérine qui commence depuis cette époque.

En 1899, Silvie, dans 18 observations, étudie la régression normale; Desplats, la même année, discute la question du lever précoce.

En 1903, Leclerc-Montmoyen remarque le retard de la régression utérine dans l'albuminurie. Ferras, en 1905, rapporte des cas d'hyperinvolution utérine à la suite de la lactation.

En 1906 Camacho fait un intéressant travail où il discute les résultats des auteurs précédents ; Vallette, en 1910, tend par des moyennes à donner le schéma idéal de l'involution utérine.

MÉTHODE DU TRAVAIL

Dans nos examens des femmes accouchées nous nous sommes toujours efforcés d'employer des procédés non dangereux pour la santé de la femme.

Nous avons pratiqué notre examen quatre fois par semaine. Nous devions mesurer le retrait utérin. Pour faire cette mensuration, on peut procéder de diverses façons; on peut prendre comme point de repère, soit l'appendice xyphoïde, et mesurer la distance qui le sépare du fond de l'utérus; ou bien utiliser dans le même but l'ombilic, ou bien encore prendre la hauteur utérine en partant du pubis.

Nous n'avons pas arrêté notre choix sur l'appendice xyphoïde ; il ne présente pas la même longueur chez les différents individus ; l'ombilic ne nous satisfaisait pas non plus comme point de repère; on sait que la cicatrice ombilicale n'a pas une position fixe et qu'elle se déplace avec la distension de la paroi abdominale. Quant au pubis il a une position fixe et ensuite on a généralement l'habitude, en étudiant la hauteur utérine pendant la grossesse, de se servir de ce point de repère. C'est sur lui que nous nous sommes arrêté.

Nous devions maintenant choisir un instrument

de mesure, nous n'avons pas voulu faire l'hystérométrie interne; quelques précautions d'antisepsie qu'on prenne, la femme court toujours un danger d'infection et de perforation utérine. Pour la même raison, nous avons rejeté le compas de Depaul, qui servait à Autefage pour faire ses mensurations et qui nécessite son introduction dans le vagin sur le col. Le ruban métrique, le plus simple des instruments et le plus facile à employer, ne donne pas de résultats précis ; quand on mesure la hauteur du pubis jusqu'au fond de l'utérus, on suit une courbe qui est en rapport avec l'état de plus ou moins grande distension du ventre. Pour éviter cette faute, nous nous sommes servi d'un mètre rigide en métal, et nous avons projeté sur lui, à l'aide des doigts dirigés à angle droit, le pubis et le fond de l'utérus. Nous avons tâché de corriger la position de l'utérus, s'il y avait lieu, pour le mettre bien au milieu, du corps pendant nos examens.

Toutes les fois, quand ce fut possible, nous avons demandé aux femmes de bien vouloir vider leur vessie avant notre mensuration ; mais dans la plupart des cas, elles ne purent le faire. Nous n'avons pas voulu avoir recours au cathétérisme, et nous avons pris nos mensurations en notant exactement la date de la dernière miction et de la défécation.

Au début de notre travail, nous avons recherché la largeur de l'utérus ; dans les premiers quatre ou cinq jours de l'involution, il est relativement facile de

faire cette mensuration ; mais dans les journées suivantes et dans la plupart des cas, il nous fut impossible de limiter exactement les bords de l'utérus. La difficulté s'explique par ces faits : d'une part, l'utérus s'éloigne de la paroi abdominale, d'autre part, celle-ci reprend petit à petit sa tonicité. Ainsi nous avons laissé de côté la mensuration de la largeur.

Nous avons suivi un certain nombre de femmes dès la première journée de leurs suites de couches, et d'autres dès la deuxième journée seulement. Nous avons noté pour chaque femme le nombre de grossesses antérieures, leur âge, leurs antécédents, le poids de l'enfant et du placenta, le terme de la grossesse, la position de dégagement de l'enfant, la durée de travail afin de donner le tableau le plus complet possible. Dans notre thèse nous rapportons 56 observations ; nous avons observé, pendant notre travail, une quantité de femmes plus considérable que ne l'indiquent nos tableaux. Nous avons examiné un certain nombre de femmes seulement pendant les premiers huit jours de leurs suites de couches, mais nous n'indiquons ici que les cas où nos examens ont pu se continuer jusqu'au neuvième jour inclusivement.

La plus grande quantité d'observations concerne les femmes qui n'ont pas présenté de fièvre dans leurs suites de couches. Heureusement pour les femmes, l'élévation de la température, surtout due à l'infection, se présente très rarement dans la clinique Baudelocque, et pendant notre travail nous n'avons pu

rassembler qu'un nombre très restreint de ces cas.

Nous partageons nos observations en deux catégories. Dans l'une nous plaçons les observations dont la courbe de régression utérine s'abaisse d'un jour à l'autre : nous les appelons les observations avec les courbes régulières ; dans l'autre, nous plaçons les observations dans lesquelles la régression ne se faisait pas chaque jour, mais présentait des arrêts et même une élévation de la hauteur, c'est-à-dire une marche en sens contraire (observations avec les courbes irrégulières).

Quelques mots sur la disposition générale de la rédaction de nos observations.

Dans le tableau consacré à la première journée des suites de couches :

La première colonne se rapporte aux numéros de nos observations.

La deuxième colonne aux numéros des mêmes observations, numéros qui sont ceux du registre de la Clinique Baudelocque, les numéros de 1 à 100 correspondent à l'année 1911, les autres à l'année 1910.

La troisième à la hauteur de l'utérus au moment de l'examen ; cette colonne est suivie dans les journées suivantes par une autre qui montre la différence de hauteur sur l'examen précédent.

La quatrième à l'âge de l'enfant, pour montrer à quelle heure après l'accouchement nous avons fait notre examen.

La cinquième donne l'intervalle, compté en heures,

compris entre la dernière défécation et l'examen du jour.

La sixième donne le même intervalle, celui-ci se rapportant à la miction.

Dans les tableaux consacrés aux jours suivants, dans la colonne « dernière défécation » il y a deux nombres qui nous ont servi à bien mettre en relief la différence existant entre l'état actuel du rectum au moment de l'examen de cette journée, et celui de l'examen précédent : le premier nombre est relatif à l'examen précédent, le deuxième à l'examen actuel. Par exemple dans l'observation n° 1, nous lisons dans le tableau de la deuxième journée « 3-27 »; cela veut dire que dans la première journée notre examen a été fait trois heures après la défécation et dans la deuxième journée l'examen a été fait vingt-sept heures après.

La colonne suivante « la dernière miction », dans la deuxième journée comporte les mêmes explications que pour la défécation.

La septième colonne de la première journée donne des séries de nombres : le premier se rapporte au poids de l'enfant, le deuxième à celui du placenta,

Puis une colonne indiquant l'âge de la mère.

Ensuite une autre pour la parité et les suivantes pour la mode de présentation, la durée du travail, et le terme de la grossesse. Enfin une dernière où nous donnerons les remarques diverses.

EXPOSÉ DES RECHERCHES

FAITES SUR L'INVOLUTION UTÉRINE

Avant de rapporter nos observations, nous tenons à montrer comment les différents auteurs présentent l'involution utérine normale, c'est-à-dire celle qui se produit chez la femme ne présentant pas de phénomènes pathologiques dans les suites des couches.

D'après les observations recueillies, les auteurs ont calculé des moyennes qu'ils donnent comme un étalon, une règle sensiblement fixe.

Tout le monde est d'accord pour dire qu'après la sortie de l'enfant, l'utérus présente une certaine ascension pendant la période de la délivrance.

« Immédiatement (Pinard et Varnier) après l'expulsion du fœtus, l'utérus représenté par son segment supérieur et moyen, s'affaisse sur le segment inférieur et le col. Ceux-ci, amincis par le fait d'une élongation et d'une dilatation plus ou moins considérable et ayant perdu toute consistance, toute résistance, sont en état d'impotence fonctionnelle momentanée.

» Puis, lorsque le placenta est décollé et poussé à

travers l'anneau de contraction, c'est-à-dire au niveau où la paroi a conservé sa rétractilité et sa contractilité, il remplit plus ou moins le segment inférieur.

» L'affaissement de la paroi disparaît et le fond de l'utérus s'élève fatalement.

» D'après ce mécanisme, on comprend comment l'ascension est plus brusque et plus accentuée lorsque le placenta se présente par sa face fœtale que lorsqu'il se présente par l'un de ses bords, la plénitude du segment inférieur étant plus accusée dans le premier cas que dans le second. On comprend aussi comment l'utérus s'abaisse à nouveau et s'affaisse, quand le placenta a quitté définitivement l'utérus et est passé dans le vagin. »

D'après plusieurs auteurs, Autefage, Wieland, Depaul, Serdukoff, Leclerc-Montmoyen, l'utérus après la délivrance fait une nouvelle ascension ; cette ascension est niée par Camacho.

Après cette deuxième élévation commence la régression dont la durée est différente suivant les auteurs.

D'après Wieland le fond de l'utérus disparaît le dixième ou onzième jour derrière le pubis.

Depaul qui arrive aux mêmes conclusions donne la moyenne de la régression utérine suivante;

Le premier jour le fond se trouve à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ;

Le deuxième jour à son niveau ;

Le troisième jour un peu au-dessous ;

Le quatrième jour varie un peu ;

Le cinquième et sixième jours deux doigts au-dessous ;

Le septième, huitième et neuvième jours, trois à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse ;

Le dixième, onzième et douxième jours, au niveau ou au-dessous du pubis.

Charpentier trouve que dans les dix premières journées de suites des couches, la diminution en moyenne est de 1 centimètre par jour et que l'utérus disparaît le dixième ou douzième jour.

Autefage se basant sur 60 observations donne le tableau suivant :

Le premier jour le fond se trouve à 12 cm. 5 au-dessus du pubis ;

Le deuxième jour à 10 cm. 9 ;

Le troisième jour à 10 cm. 09 ;

Le quatrième jour à 8 cm. 8 ;

Le cinquième jour à 7 cm. 8 ;

Le sixième jour à 6 cm. 7 ;

Le septième jour à 6 cm. 3 ;

Le huitième jour à 5 cm. 3 ;

Le neuvième jour à 4 centimètres ;

Le dixième jour à 3 centimètres ;

Le onzième jour à 2 centimètres.

Il remarque que la décroissance en hauteur est plus marquée dans les premières journées et, à partir de la quatrième journée, elle devient constante.

Milsom, sur 115 observations, a construit ce tableau.

Le premier jour le fond de l'utérus se trouve à 13 cm. 5 au-dessus du pubis ;

Le deuxième jour à 12 cm. 5 ;

Le troisième jour à 11 centimètres ;

Le quatrième jour à 9 cm. 75 ;

Le cinquième jour à 8 cm. 50 ;

Le sixième jour à 7 cm. 75 ;

Le septième jour à 7 cm. 50 ;

Le huitième jour à 6 cm. 75 ;

Le neuvième jour à 6 cm. 75 ;

Le dixième jour à 6 centimètres ;

Le onzième jour à 5 cm. 5 ;

Comme dans le tableau d'Autefage, nous voyons la décroissance plus grande dans la première journée : 1 cm. 25 ; à partir de la quatrième, la diminution est bien moindre, étant égale en moyenne à 0 cm. 45. Si les deux auteurs sont plus ou moins d'accord sur le mouvement de la décroissance, ils donnent cependant des nombres différents.

Ganzinotti classe ses observations en deux catégories ; les unes à involution lente (le fond de l'utérus disparaît derrière le pubis du douzième au quinzième jour), les autres à involution rapide (le fond disparaît du onzième au douzième jour.

Prenons maintenant les tableaux de l'involution, publiés dans les ouvrages plus récents. Nous pré-

sentons ici les tableaux de Leclerc-Montmoyen, de Camacho et Vallette.

Jours	Hauteur du fond de l'utérus du pubis		
	Leclerc-Montmoyen Centimètres	Camacho Centimètres	Vallette Centimètres
—	—	—	—
1	15	10,4	13,4
2	13,0	9,3	11,8
3	12,0	8,5	10,7
4	10,0	7,5	9,4
5	9,0	6,8	8,4
6	8,0	5,8	7,5
7	7,5	5,2	6,9
8	7,0	4,5	6,2
9	6,5	3,9	5,7
10	5,0	2,9	4,8
11		2,1	3,3
12		1,5	

Dans le tableau de Leclerc-Montmoyen, on voit que les nombres donnés par lui sont assez forts. Les nombres de Vallette s'en rapprochent. Dans le tableau de Camacho, les nombres sont les moins forts; ils rappellent ceux d'Autefage. Mais les diminutions journalières se distinguent considérablement de celles d'Autefage; dans les dernières journées, chez Camacho, elles sont plus accusées.

Nous voyons d'après ces tableaux que les moyennes données par les auteurs ne concordent pas entre elles. Comme nous l'avons déjà dit, nous pouvons expli-

quer ces variations par les différentes méthodes de recherche.

Dans ces tableaux nous avons vu que la régression est continuée chaque jour. Ce n'est que dans le tableau de Milsom que nous voyons l'utérus au huitième et neuvième jour des suites de couches se maintenir à la même hauteur.

Mais, dans nos observations, nous avons remarqué chez quelques femmes dont les suites de couches étaient normales, non seulement l'arrêt de la régression, mais même l'ascension du fond de l'utérus sans qu'on puisse en trouver l'explication dans les causes extérieures à l'utérus. Si nous avions, comme les auteurs précédents, donné des moyennes, ces faits de réascension auraient pu passer inaperçus. Mais nous en parlerons plus en détail un peu plus bas.

ÉTUDE ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS

DANS LESQUELLES L'UTÉRUS A PRÉSENTÉ UNE COURBE DE RÉGRESSION RÉGULIÈRE

Dans le présent chapitre nous présentons une série d'observations dans lesquelles la courbe d'involution utérine s'abaisse d'un examen à l'autre. Nous rapportons ici 28 observations ; les suites de couches dans tous ces cas, étaient apyrétiques.

Voici ces observations :

Première journée

Nos	Nos du registre à Beaudelocque	Hauteur utérine	Age de l'enfant	Dernière défécation	Dernière miction	Poids de l'enfant et du placenta	Age de la femme	Parité	Mode de présentation	Durée de travail	Terme de la grossesse	
1	1780	21 cm. 1/2	3 h.	3 h.	3 h.	4.000-670	36	V	G.A.	7 h.	A terme	
2	1849	18 cm. 1/2	9 h.	9 h.	9 h.	2.900-480	25	II	G.A.	4 h.	Au 9e mois	La caduque est retenue en partie.
3	1742	18 cm.	5 h.	5 h.	5 h.	3.700-440	33	II	G.A.	1 h. 1/2	»	
4	1919	17 cm. 1/2	15 h.	15 h.	15 h.	3.120-560	29	IV	G.A.	3 h.	»	
5	1703	17 cm.	20 h.	4 h. 1/2	20 h.	2.560-650	23	II	G.A.	3 h. 40	»	
6	1714	17 cm.	8 h.	8 h.	8 h.	3.400-560	24	I	G.A.	11 h.	»	Déchirure du périnée.
7	1935	16 cm. 1/2	6 h.	6 h.	6 h.	3.000-690	28	II	D.P.	32 h.	»	Déchirure du périnée.
8	1773	16 cm.	18 h.	0 h. 30	5 h.	2.770-520	36	IV	D.P.	4 h. 1/2	»	
9	1791	16 cm.	17 h.	6 h.	5 h.	3.020-550	18 1/2	I	D.P.	17 h.	A 7 m. 1/2	
10	1815	15 cm.	8 h.	2 h. 1/2	2 h. 1/2	3.500-550	30	V	G.A.	4 h.	A terme	
11	1923	14 cm. 1/2	4 h.	4 h.	4 h.	3.230-520	34	I	D.P.	6 h.	»	
12	1920	14 cm.	12 h.	12 h.	12 h.	3.410-580	18	II	G.A.	7 h.	»	
13	1813	14 cm.	14 h.	14 h.	0 h.	3.220-550	38	VII	M.I.D.P.	17 h.	»	
14	1875	13 cm.	10 h.	10 h.	1 h.	3.200-650	23	I	G.A.	13 h.	Au 8e mois	Endométrite.

Nos	Nos du registre à Baudeloque	Hauteur utérine	Différence de la hauteur sur l'examen précédent	Age de l'enfant	Dernière défécation dans les examens Précédent Actuel	Dernière miction dans les examens Précédent Actuel	Poids de l'enfant et du placenta	Age de la femme	Parité	Mode de présentation	Durée du travail	Terme de la grossesse	
1		18	— 3 1/2		3-27	3-2							
2		16	— 2 1/2		9-33	9-0							
3													
4													
5													
6		15 1/2	— 1 1/2		8-32	8-4							
7													
8		15	— 1		1/2-0	5-3							
9													
10		12	— 3		2 1/2-15	2-0							
11													
12													
13		11	— 3		14-38	5-0							
14													
15	1781	21 1/2		25 h.	25	25	3.250-450	23	I	D. P.	21 h.	A terme	
16	1736	18		30 h.	30	4	2.240-660	29	I		33 h.	Au 9e mois	Malformation utérine.
17	1712	18		33 h.	33	11	3.500-580	21	II	G. A.	7 h. 1/2	A terme	Déchirure vulvo-périnéale.
18	1842	17 1/2		29 h.	29	1	4.400-860	29	II	G. A.	?	A terme	Syphilis.
19	1726	15 1/2		31 h.	31	3	2.980-500	32	IV	G. A.	6 h.	Au 9e mois	
20	1801	15		27 h.	27	0	3.220-670	20	I	G. A.	17 h.	»	
21	1711	14 1/2		36 h.	36	3 1/2	3.070-610	27	III	G. A.	13 h. 1/2	»	
22	1759	14		32 h.	32	3	3.850-820	26	I	G. A.	15 h.	A terme	Gros œuf.
23	1727	13 1/2		30 h.	30	6	2.560-630	26	I	G. A.	34 h.	Au 9e mois	
24	1838	13 1/2		30 h.	30	2	3.350-530	23	IV	G. A.	18 h.	»	
25	1857	12		29 h.	29	1	3.830-700	23	I	D. P.	34 h.	A terme	Déchirure du périnée. Luxation coxo-fémorale.
26	1797	11 1/2		34 h.	34	1/2	3.010-450	26	III	G. A.	2 h.	Au 9e mois	
27	17	11		36 h.	36	5	3.160-440	34	III	G. A.		A terme	
28	1799	10		31 h.	5	0	2.250-525	28	II	G. A.	15 h.	Au 8e mois	Salpingite, métrite.

Nos	Hauteur utérine	Différence de hauteur sur l'examen précédent	Dernière défécation dans les examens		Dernière miction dans les examens		
			précédant	actuel	précédant	actuel	
3	15	— 3	5	54	5	4	Troisième jour
4	12	— 5 1/2	15	63	15	1	
5	12	— 4	4 1/2	4 1/2	20	6	
7	13	— 3 1/2	6	54	6	1 1/2	
9	14	— 2	6	54	5	0	
11	12	— 2 1/2	4	52	4	0	
12	10	— 4	12	60	12	2	
14	12	— 1	10	58	1	1 1/2	
18	15	— 2	29	53	1	0	
19	14	— 1	31	55	3	2	
23	12	— 1 1/2	30	54	6	5	
24	13	— 1 1/2	30	54	2	5	
1	13	— 5	27	17	2	0	Quatrième jour
2	12 1/2	— 3 1/2	33	1	0	1/2	
6	14	— 1 1/2	32	80	4	2	
8	12 1/2	— 2 1/2	18	0	3	0	
10	10	— 2	15	3	0	0	
13	9 1/2	— 1 1/2	38	2	0	1	
14	9	— 3	58	82	1 1/2	0	
15	12	— 9	25	18	25	6	
16	16 1/2	— 1 1/2	30	78	4	3	
17	14 1/2	— 4	33	81	11	4	
20	14	— 1	27	1	0	1	
21	12	— 2 1/2	36	84	3 1/2	4	
22	12 1/2	— 1 1/2	36	2	3	2	
25	11 1/2	— 1/2	29	17	1	1	
26	8 1/2	— 3	33	16	1/2	0	
27	9 1/2	— 1 1/2	36	84	5	0	
28	8 1/2	— 1 1/2	5	2	0	0	
3	12	— 3	54	3	4	3	Cinquième jour
4	10	— 2	63	46	1	2 1/2	
5	10 1/2	— 1 1/2	4 1/2	9	6	4	
6	13	— 1	80	104	2	3	
7	12 1/2	— 1/2	54	14	1 1/2	0	
9	13	— 1	54	82	0	0	
11	9	— 3	52	2	0	0	
12	9	— 1	60	84	2	0	
17	13	— 1 1/2	81	105	4	3	
18	14 1/2	— 1/2	53	13	0	1	
19	12	— 2	55	103	2	3	
20	12	— 2	1	0	1	0	
21	11	— 1	84	18	4	5	
22	9 1/2	— 3	2	14	2	0	
23	10 1/2	— 1 1/2	55	30	5	4	
24	10 1/2	— 2 1/2	54	26	5	1	
26	7 1/2	— 1	16	40	0	0	
27	8 1/2	— 1 1/2	84	16	0	1/2	
28	7 1/2	— 1	2	1	0	0	
1	11 1/2	— 2	17	65	0	1	Sixième jour
2	11 1/2	— 1	1	5	1/2	2	
5	9 1/2	— 1	9	5	4	6	
8	9 1/2	— 3	18	10	0	0	
9	10	— 3	82	16	0	0	
10	7	— 3	3	3	0	0	
13	8 1/2	— 1	2	4	1	0	
14	7 1/2	— 1 1/2	82	40	0	0	
15	9 1/2	— 2 1/2	18	18	6	0	
16	15	— 1 1/2	78	18	3	3	
25	9	— 2	17	5	1	0	

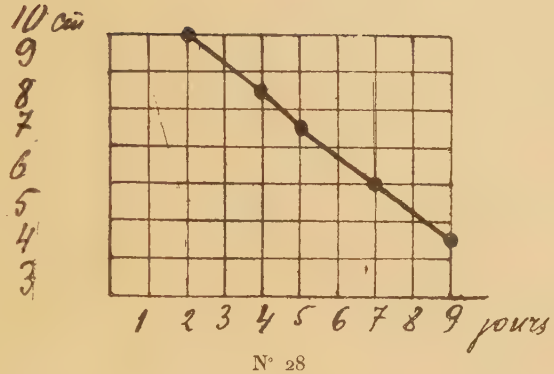
Nos	Hauteur utérine	Différence de hauteur sur l'examen précédent	Dernière défécation dans les examens		Dernière miction dans les examens		
			précédant	actuel	précédant	actuel	Septième jour
3	9	— 3	3	14	3	2	
4	8	— 2	46	40	2 1/2	2	
6	11 1/2	— 1 1/2	104	6	3	2 1/2	
7	11	— 1 1/2	14	9	0	1	
11	7 1/2	— 1 1/2	2	7	0	3	
12	6	— 3	84	14	0	0	
17	11	— 2	105	42	3	2	
18	13 1/2	— 1 1/2	13	1	1	1	
19	9	— 3	103	15	3	4	
20	9 1/2	— 2 1/2	0	22	0	4	
21	10	— 1	18	18	5	3 1/2	
22	7 1/2	— 2	14	10	0	0	
23	8 1/2	— 2	30	3 1/2	4	3 1/2	
24	8 1/2	— 2	26	2	1	2	
25	8	— 1	5	1/2	0	0	
26	6	— 1 1/2	40	18	0	0	
27	8	1/2	16	64	1/2	0	
28	6	— 1 1/2	1	1 1/2	0	0	
							Huitième jour
1	9 1/2	— 2	65	42	1	0	
2	8	— 3 1/2	5	2	2	0	
3	8	— 1	14	16	2	0	
5	7 1/2	— 2	5	13	6	2	
8	7	— 2 1/2	10	16	0	0	
9	8 1/2	— 2 1/2	16	8	0	0	
10	5 1/2	— 1 1/2	3	13	0	0	
13	7 1/2	— 1	4	20	0	2	
14	7	1/2	40	40	0	1 1/2	
15	6 1/2	— 3	18	0	0	0	
16	13 1/2	— 1 1/2	18	63	3	2	
							Neuvième jour
1	8 1/2	— 1	42	66	0	0	
2	6	— 1	2	26	0	0	
4	6	— 2	40	25	2	2	
5	6	— 1 1/2	13	6	2	0	
6	9	— 2 1/2	6	1 1/2	2 1/2	2	
7	8	— 3	9	57	1	1	
8	6 1/2	— 1/2	16	1	0	0	
10	4 1/2	— 1	13	14	0	0	
11	6	— 1 1/2	7	14	3	1/2	
12	5	— 1	14	16	0	0	
13	6 1/2	— 1	20	16	2	0	
15	5 1/2	— 1	0	2	0	2	
16	12 1/2	— 1	63	18	2	2	
17	9	— 2	42	18	2	4	
18	10 1/2	— 3	1	16	1	0	
19	7	— 2	15	14	4	3	
20	7	— 2 1/2	22	19	4	2	
21	7	— 3	18	18	3 1/2	3	
22	5 1/2	— 2	10	16	0	0	
23	6	— 2 1/2	3 1/2	26	3 1/2	1	
24	6	— 2 1/2	2	2	2	2	
25	7	— 1	1/2	2	0	2	
26	4	— 2	18	16	0	0	
27	7	— 1	64	18	0	0	
28	4 1/2	— 1 1/2	1 1/2	2	0	0	
							Dixième jour
3	4 1/2	— 3 1/2	17	16	0	0	
9	6 1/2	— 2	8	26	0	0	
14	5	— 2	40	40	1 1/2	1/2	
24	4	— 2	26	14	1	3 1/2	

Dans la série des observations que nous avons rapportées, nous pouvons présenter la régression utérine sous deux formes ; dans l'une, cette régression nous présente les diminutions d'un examen à l'autre, presque identiques, et la courbe d'involution nous donne une ligne à peu près droite, comme nous le voyons dans l'observation n° 26 ; dans l'autre forme, la régression se produisant chaque jour, nous montre des diminutions très irrégulières, comme par exemple dans les courbes des observations n^{os} 15 et 9.

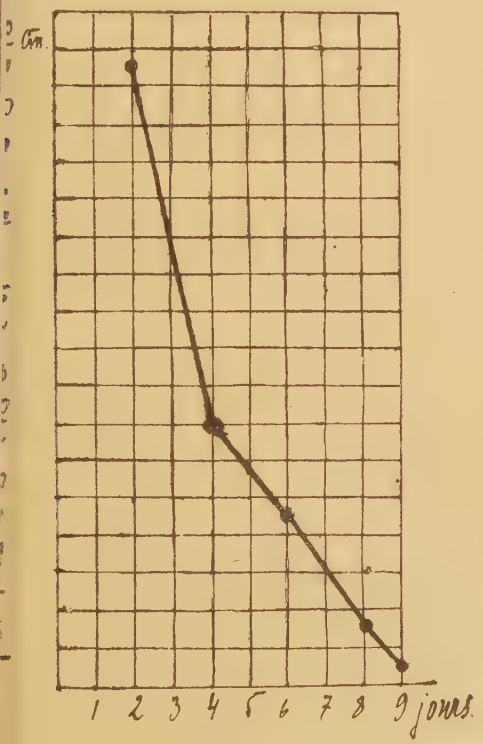
En regardant ces courbes de près, nous trouvons la cause de ces différences. Dans le cas relaté dans l'observation n° 28, nous voyons que les réservoirs (la vessie et le rectum) étaient à peu près vides au moment de nos examens et n'ont pas pu avoir d'influence sur la position de l'utérus, et c'est pour cela que nous avons pu obtenir une courbe de régression très régulière ; mais nous n'avons vu que quelques observations de ce genre. Dans toutes les autres observations nous n'avons pas pu, malgré nos soins, obtenir le même état des réservoirs qui, d'après le degré de réplétion, ont pu changer la position de l'utérus, ce qui n'est pas resté sans influence sur la courbe de régression.

Prenons, par exemple, l'observation n° 15 :

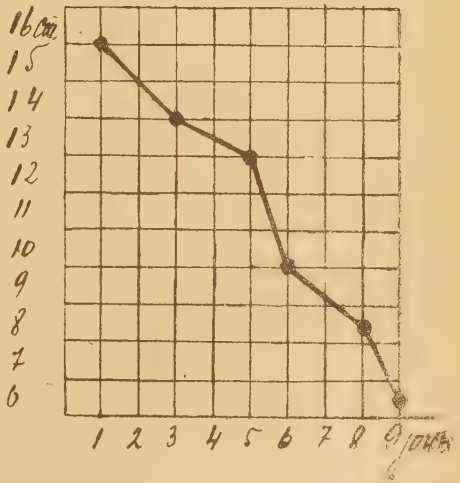
Quand nous avons examiné la femme dans sa deuxième journée des suites de couches, elle n'avait pas uriné depuis vingt-huit heures ; la vessie remplie éleva jusqu'au niveau des fausses côtes l'utérus, dont


10 Cm
9
8
7
6
5
4
3
1 2 3 4 5 6 7 8 9 jours

N° 28


1 2 3 4 5 6 7 8 9 jours.

N° 15


16 Cm
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
1 2 3 4 5 6 7 8 9 jours

N° 9

le fond était situé à 21 cm. 1/2 au-dessus du pubis ; pendant notre examen dans la quatrième journée, nous avons trouvé le fond de l'utérus à 12 centimètres au-dessus du pubis (la femme n'a pas uriné au moment du second examen, depuis six heures). Nous voyons donc que cette différence de hauteur de 9 cm. 1/2 était certainement dûe en grande partie à l'ascension de l'utérus par la vessie pleine pendant notre premier examen.

Dans l'observation n° 9, il s'agissait d'une femme chez laquelle la vessie, tous les jours de nos examens, excepté le premier, était vide, et par conséquent ne pouvait pas nous empêcher d'étudier l'influence du rectum dans le deuxième, troisième et les jours suivants. La femme était constipée pendant les quatre premières journées, et la différence de hauteur de l'utérus pendant nos examens des troisième et cinquième journées, n'était que d'un centimètre. Dans le courant de la cinquième journée, la femme prend un lavement, et le lendemain nous trouvons une différence de hauteur de 3 centimètres.

Il est évident que dans ce cas, le rectum avait eu une influence sur la position de l'utérus qu'il élevait un peu au fur et à mesure de l'accumulation des matières dans l'ampoule rectale.

D'après ces deux dernières observations, nous voyons que les réservoirs ont une influence sur la position de l'utérus. Mais quelle est la part qui appartient à la vessie et au rectum dans les déplacements de l'utérus ?

Pour répondre à cette question, nous devons nous rappeler quelle est la position de ces deux organes par rapport à l'utérus.

Prenons d'abord la vessie. La vessie est un organe du petit bassin, quand elle est vide ; mais au fur et à mesure de sa réplétion, elle remonte dans la cavité abdominale. Dans la plus grande majorité des cas, l'utérus, dans les suites de couches, est en antéflexion et repose sur la vessie par une partie de son corps. La replétion de la vessie doit donc nécessairement élever en masse l'utérus, quelle que faible que soit la quantité d'urine qu'elle contienne. Pfankuch, de Marbourg, a évalué en cathétérisant les femmes, que chaque 100 cm^3 d'urine élève le fond de l'utérus d'une hauteur qui varie entre 0 cm. 738 et 1 cm. 271. Pendant nos examens, nous avons observé, en mesurant la hauteur utérine avant et après la miction, qu'il était suffisant que la femme n'urine pas deux heures pour que l'ascension de l'utérus soit déjà sensible à la mensuration.

Quand au rectum, c'est exclusivement l'organe du petit bassin ; il est comprimé dans les suites de couches par l'utérus. Pour montrer l'influence du rectum sur la position de l'utérus, nous avons pris tout à l'heure, exprès (l'observation n° 9), une femme accouchée à 7 mois 1/2 ; dans ce cas, le rectum était moins comprimé par l'utérus moins développé et les matières fécales auraient pu descendre avec plus de facilité. Le rectum, situé entre le sacrum et l'utérus, en se remplissant prend un point d'appui fixe

sur le sacrum ; il comprime la partie postérieure de l'utérus et ne l'élève pas directement comme le fait la vessie. Luchka et Crédé ont fait des recherches sur le déplacement du fond de l'utérus sous l'influence de la distension de l'ampoule rectale. Ils remplissaient sur le cadavre l'ampoule rectale avec un grand tampon de foin et ont vu que cette manœuvre ne restait pas sans influence sur l'utérus qui s'élevait un peu.

En assistant une fois à l'autopsie d'une femme morte dans sa cinquième journée de suites de couches, je fus étonné de ne pas avoir trouvé beaucoup de matières dans l'ampoule à peine distendue ; cependant la femme était constipée depuis le jour de l'accouchement ; j'ai vu au contraire une grande quantité de boulettes stercolales situées au-dessus de l'ampoule dans l'S iliaque et plus haut encore. Il est possible que les contractions du gros intestin ne soient pas souvent suffisantes pour vaincre la compression exercée par l'utérus sur le rectum.

Étudions maintenant d'après nos observations l'influence de la vessie sur la position de l'utérus.

Si nous jetons un coup d'œil sur la colonne des variations de hauteur dans les différentes journées, nous voyons que les plus grands nombres correspondent aux cas spéciaux, cas dans lesquels la femme a gardé plus ou moins longtemps l'urine dans l'examen précédent. Prenons par exemple la troisième journée : en regardant de haut en bas nous trouvons les plus grandes différences ; 5 1/2, (l'obs.

n° 4), 4, (dans l'obs. n°s 5 et 12) ce qui s'explique facilement si nous nous reportons à la colonne concernant l'état de la vessie pendant les deux examens. En nous arrêtant simplement à l'observation n° 4, nous remarquons que pendant le premier examen, la femme n'a pas uriné depuis quinze heures, tandis que pendant le second, la vessie était presque vide ; la différence de 5 cm. 1/2 nous démontre bien que pendant le premier examen l'utérus était élevé par la vessie distendue.

Il n'est pas possible de dire à quelle hauteur s'élève l'utérus sous l'influence de l'accumulation d'urine dans une unité de temps, car l'excrétion de l'urine dépend de beaucoup trop de facteurs.

Dans la quatrième journée (obs. n° 15) nous trouvons une différence de hauteur de 9 cm. 1/2 dans l'espace de deux jours ; l'explication est la même.

Étudions maintenant, d'après nos observations, l'influence du rectum sur la position de l'utérus. Reprenons les mêmes observations de la troisième journée. Nous voyons les femmes constipées pendant deux ou trois jours ; cette constipation n'a pas eu une grande influence, car elle n'a pas empêché à l'utérus de descendre ainsi que nous le démontrent les examens.

Mais on peut remarquer que dans ces observations la grande influence de la vessie avait pu masquer celle du rectum. Nous examinerons quelques observations dans lesquelles la vessie n'a pas empêché

d'étudier l'influence du rectum sur la position de l'utérus.

Dans les observations n^os^ 6, 14, 16 (quatrième journée) et n^os^ 6, 9, 12 et 19 (cinquième journée), on trouve des femmes constipées de soixante-dix-huit à cent trois heures. L'accumulation des matières n'a pas eu une grande influence sur l'élévation de l'utérus, ce qui est prouvé par nos examens pratiqués les mêmes jours et qui nous montrent l'utérus baissé de 1 à 3 centimètres. Pour vérifier cette opinion, regardons ce que devient l'utérus après l'évacuation des matières.

Nous avons vu qu'après l'évacuation de la vessie, le fond de l'utérus baisse assez considérablement. Trouverons-nous la même chose après l'évacuation du rectum? Rien de pareil. Toutes les femmes dont il était question tout à l'heure ont pris des lavements : dans l'observation n° 6, la femme, qui était constipée pendant cent quatre heures, dans un intervalle de deux jours après le lavement, présentait seulement une diminution de hauteur utérine de 1 cm. 1/2 ; dans l'observation n° 36, la femme constipée depuis cent cinq heures accuse une diminution de hauteur de 2 centimètres dans le même intervalle de temps. Dans l'observation n° 19, dans les mêmes conditions, la différence était de 3 centimètres. Il s'agit ici de femmes bien portantes et n'ayant quoi que ce soit qui eût pu troubler l'involution utérine.

Nous voyons, d'après ces observations, d'abord que la vessie a une grande influence sur l'ascension

de l'utérus, ensuite que le rectum en a aussi, mais beaucoup moindre : cela s'explique par sa position et sa compression par l'utérus.

Cependant, dans une observation de la série suivante, l'influence du rectum est assez accusée, mais il s'agit là d'une très grande constipée.

L'ÉTUDE ANALYTIQUE DES OBSERVATIONS

DANS LESQUELLES L'UTÉRUS A PRÉSENTÉ UNE COURBE DE RÉGRESSION IRRÉGULIÈRE

Excepté les observations précédentes, où l'abaissement de la hauteur utérine était journalière, nous donnons plus loin 20 observations présentant une courbe de régression assez accidentée : on peut voir celle-ci pendant un certain temps se maintenir tantôt à une même hauteur, tantôt même s'élever, ce qui fait sauter aux yeux la marche irrégulière de la régression.

Nous remarquerons que dans toutes ces observations, n^{os} 42 et 45 exceptées, les suites de couches étaient apyrétiques. Voici ces observations :

Premier jour

Nos	Nos du registre à Baudeloque	Hauteur utérine	Age de l'enfant	Dernière défécation	Dernière miction	Poids de l'enfant et du placenta	Age de la femme	Parité	Mode de présentation	Durée du travail	Terme de la grossesse	
29	1777	21	6h.	6	6	3.720-520	33	III	GA	12 h. 1/2	A terme	Délivrance artificielle.
30	1885	20	17	17	17	4.120-860	27	II	GA	15	»	La caduque est retenue en partie. Gros œuf.
31	1731	18 1/2	15	15	15	2.820-460	18	I	DP	23	Au 9e	
32	1851	18	19	19	19	2.850-390	20	I	GA	10 h. 1/2	»	Malformation utérine.
33	1848	18	10	10	10	3.170-500	17	I	GA	30	»	Rétention de la caduque. L'enfant meurt pendant le travail.
34	1790	17	20	20	20	3.520-500	21	I	GA	12	A terme	
35	1817	17	7	7	0	5.010-820	37	III	GA	13	Au 9e	Accouchement gémellaire.
36	1842	13 1/2	21	21	2 1/2	3.400-630	31	IV	GA	9	»	Accouchement gémellaire.
37	1934	13 1/2	7	7	7	3.580-670	29	II	DP	8	A terme	Malformation utérine. La corne droite est plus grande.
38	1850	12	4	4	2	2.500-520	18	I	DP	11	Au 9e	Déchirure du périnée.
39	1846	12 1/2	20	20	0	3.380-670	22	I	MIDP	26	A terme	
40	1930	11	20	20	2	2.720-360	19	I	OIGA	19	Au 9e	

Deuxième Jour

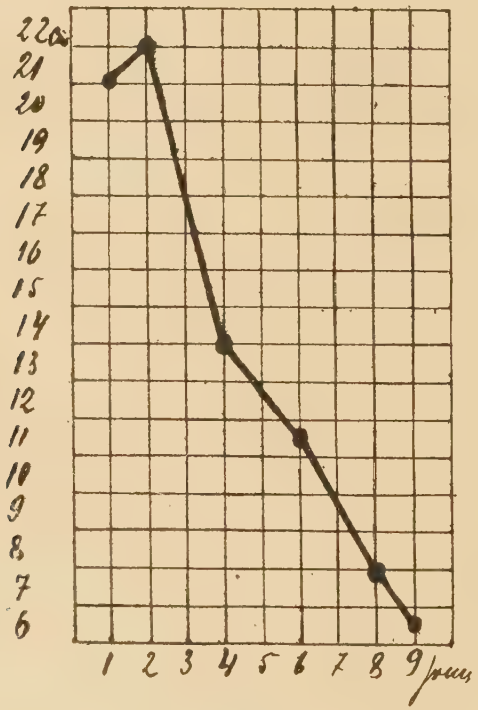
N°	N° du registre à Baudeloque	Hauteur utérine	Différ. de la haut. sur l'examen précédent	Age de l'enfant	Dern. défécation dans les examens Précédant-actuel	Dernière miction dans les examens Précédant-actuel	Poids de l'enfant et du placenta	Age de la femme	Parité	Mode de présentation	Durée du travail	Terme de la grossesse	
29	1777	22	+ 1		6 — 30	6 — 30							
30	1885	14	— 6		17 — 40	17 — 0							
31	1731	17	— 1 1/2		15 — 38	15 — 3 1/2							
32	1851												
33	1848	17	— 1		10 — 34	10 — 16							
34	1790												
35	1817	16 1/2	— 1/2		7 — 31	7 — 6							
36	1845	12	— 1/2		21 — 4	2 1/2 — 0							
37	1934												
38	1850	14	+ 2		4 — 28	2 — 10							
39	1846	11	— 1 1/2		20 — 44	0 — 0							
40	1930												
41	1840	15 1/2		29	13	5	3230 — 570	34	V	G A	38 h.	au 9me	Enfant vint mort et macéré Cause ?
42	1841	14 1/2		28	28	0	3600 — 490	36	V	D P	5	»	
43	1769	14		38	38	2	2900 — 450	21	II	G A	10	»	Paramétrite.
44	1910	14		30	30	1	2930 — 450	38	I	G A	4 1/2	»	
45	1893	14		40	40	2	3450 — 500	24	I	G A	11 1/2	A terme	
46	1929	13		25	25	5	3280 — 500	25	II	D P	4	»	
47	1796	12		39	39	1	2900 — 410	36	I	D P	12	au 9me	Fibrome.

Nos	Hauteur utérine	Différence de hauteur sur l'examen précédent	Dernière défécation dans les examens		Dernière miction dans les examens		
			précédent	actuel	précédent	actuel	
							Troisième jour
32	14	— 4	19	67	19	5	
34	11	— 6	20	68	20	0	
37	10	— 3 1/2	7	55	7	5	Le n° 45 présente le soir la température de 37°6 (axillaire), due à la constipation.
40	8 1/2	— 2 1/2	20	1	2	1	
41	13 1/2	— 2	13	37	5	0	
42	14	— 1/2	28	52	0	0	
43	12 1/2	— 1 1/2	39	63	2	1	
44	12	— 2	30	54	1	0	
							Quatrième jour
29	14	— 8	30	17	30	0	
30	11 1/2	— 2 1/2	40	17	0	1/2	
31	14 1/2	— 2 1/2	38	86	3 1/2	3	
33	16 1/2	— 1/2	34	3	16	3	
35	9 1/2	— 7	31	18	6	0	
36	10 1/2	— 1 1/2	4	0	0	1/2	
38	10	— 4	28	17	10	4	
39	9	— 2	44	17	0	2	
45	12	— 2	40	88	2	1/2	
46	9	— 4	25	73	5	1/2	
47	7 1/2	— 4 1/2	39	87	1	0	
							Cinquième jour
32	10	— 4	67	30	5	1	
34	10 1/2	— 1/2	68	92	0	0	
37	8	— 2	55	79	5	3	
40	9 1/2	+ 1	1	10	1	3	
41	9	— 4 1/2	37	10	0	0	
42	10 1/2	— 3 1/2	52	26	0	0	
43	12 1/2	0	63	0	1	0	
44	11	— 1	54	17	0	1/2	
47	8	+ 1/2	87	0	0	0	
							Sixième jour
29	11 1/2	— 3 1/2	17	42	0	0	
30	11 1/2	0	17	60	1/2	1/2	
31	10	— 4 1/2	86	11	3	3	
33	13 1/2	— 3	3	5	3	1	
34	11 1/2	+ 1	92	116	0	0	
35	7 1/2	— 2	18	3	0	2	
36	11 1/2	+ 1	0	1	1/2	1	
39	8 1/2	— 1 1/2	17	22	4	4	
40	8 1/2	— 1/2	17	8	2	4	
45	9	— 3	88	20	1/2	1/2	
46	8	— 1	73	14	1/2	0	

Nos	Hauteur utérine	Différence de hauteur sur l'examen précédent	Dernière défécation dans les examens		Dernière miction dans les examens		
			précédent	actuel	précédent	actuel	Septième jour
32	6	— 4	30	7	1	1	
37	8 1/2	+ 1/2	79	12	1 1/2	0	N° 42 présente le soir la température de 37°8 due à une lymphangite du sein.
40	8 1/2	— 1	10	28	3	0	
41	9 1/2	+ 1/2	10	37	0	4	
42	9 1/2	— 1	26	18	0	0	
43	9 1/2	— 3	0	48	0	0	
44	8	— 3	17	40	1/2	1	
45	9 1/2	+ 1/2	20	44	1 1/2	1/2	
47	9 1/2	+ 1/2	0	40	0	1	
							Huitième jour
29	8	— 3 1/2	42	42	0	0	
30	8	— 3 1/2	60	3	1/2	0	N° 42 température : le matin 37°3 ; le soir 37°8.
31	11 1/2	+ 1 1/2	11	33	3	4	
32	6	0	7	2	1	2	
33	10 1/2	— 3	5	4	1	4	
34	7 1/2	— 4	116	38	0	0	
35	7 1/2	0	3	17	2	0	
36	8	— 3 1/2	1	2	1	0	
38	7 1/2	— 1	22	16	4	0	
39	7 1/2	— 1	8	24	4	0	
46	6	— 2	14	40	0	0	
							Neuvième jour
29	6 1/2	— 1 1/2	42	17	0	0	
30	7	— 1	3	3	0	0	
31	8 1/2	— 3	33	12	4	0	
33	12 1/2	+ 2	4	2	4	0	
35	5 1/2	— 2	17	41	0	0	
36	6	— 2	2	1	0	0	
37	7 1/2	— 1	12	21	0	0	
38	6 1/2	— 1	16	11	0	0	
39	8	+ 1	24	48	0	3	
40	6 1/2	— 2	28	16	0	0	
41	7	— 2 1/2	37	16	4	0	
42	10 1/2	+ 1	18	29	0	0	
43	7 1/2	— 2	48	72	0	0	
44	9	+ 1	40	14	1	0	
45	8	— 1 1/2	44	92	1/2	1	
47	7	— 2 1/2	40	1	1	1 1/2	
							Dixième jour
32	4	— 2	2	4	2	1	
34	6	— 1 1/2	38	16	0	0	
46	7	+ 1	40	68	0	2	

Nous pouvons partager en trois groupes toutes ces observations, d'après les causes qui produisent cette élévation de l'utérus.

Dans le premier groupe nous rapportons les cas semblables à celui dont nous donnons ici la courbe. (Obs. N° 29).



N° 29

D'après cette courbe, nous voyons que dans la deuxième journée des suites de couches l'utérus s'est élevé de 1 centimètre, au lieu de se rapprocher du pubis comme nous l'avons vu dans les observations de la série précédente.

Il n'est pas difficile de trouver la cause de cette élévation ; nous avons vu en effet que la vessie pouvait élever l'utérus quand elle se remplissait. Et dans le cas présent, au moment de notre deuxième examen, elle n'avait pas été vidée depuis trente heures. Lors de notre troisième examen dans le courant de la

N° 34

quatrième journée l'influence de la vessie ne se faisait plus sentir, car la miction était faite ; dans ces conditions l'utérus avait repris la marche descendante et il avait baissé de 8 centimètres.

L'influence de la réplétion vésicale sur la position de l'utérus se manifeste surtout dans les deux premieres journées, car c'est pendant ces deux premiers jours qu'il se produit souvent de la rétention d'urine ;

c'est ce que nous pouvons constater en lisant l'observation n° 39.

Dans le deuxième groupe nous relatons des observations dans lesquelles l'élévation de l'utérus était due à l'influence du rectum.

Nous reproduisons à la page précédente la courbe de l'observation n° 34.

Nous ne nous arrêterons pas sur la descente brusque de la ligne vers la troisième journée, due à l'évacuation de la vessie, qui n'était pas vidée depuis vingt heures, pendant notre premier examen ; nous remarquons que pendant nos examens suivants la vessie était vide et ne pouvait pas ajouter son influence à celle du rectum pour élever l'utérus. La femme avait été constipée pendant six jours après l'accouchement ; dans la cinquième journée la diminution de hauteur de l'utérus sur l'examen précédent n'est représentée que par 1/2 centimètre ; dans la sixième journée, l'ampoule rectale, remplie de plus en plus par les matières, élève l'utérus à un centimètre. Cette élévation fut certainement due à l'influence du rectum, car après le lavement nous pûmes assister à un abaissement du fond de l'utérus de 4 centimètres dans la huitième journée.

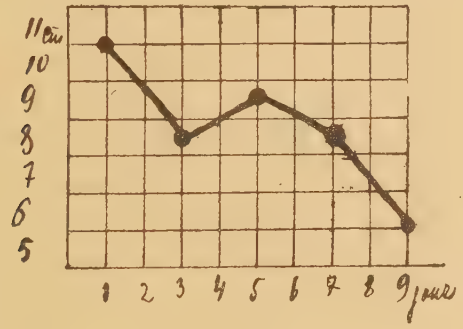
Mais l'influence du rectum si nettement accusée dans ce cas n'apparaît pas aussi bien dans les autres observations.

Dans les observations n° 30 (sixième journée) et n° 46 (dixième journée) nous n'oserions pas affirmer

que l'élévation de l'utérus était due exclusivement à l'influence du rectum.

Les deux dernières observations peuvent nous servir de transition pour l'étude du troisième groupe. Nous y trouvons encore les mêmes élévations, mais celles-ci ne peuvent être expliquées ni par l'influence de la vessie ni par celle du rectum.

Prenons l'observation n° 40.



N° 40

Ici dans la cinquième journée, l'utérus s'élève à 1 centimètre sans que nous ayons pu en trouver la cause visible. La vessie et le rectum n'étaient pas en état de réplétion pour pouvoir élever l'utérus ; la femme ne présentait rien de particulier pendant les suites de couches, ni du côté des organes génitaux, ni du côté des autres organes ; nous ne trouvons rien dans les antécédents pathologiques.

A quoi donc devons-nous attribuer cette élévation ? Recherchons parmi les autres observations de même type, si nous ne trouverons pas dans les anté-

cédents pathologiques ou physiologiques quelque chose qui puisse nous expliquer ce phénomène.

Dans les observations nos 39 et 44, dans lesquelles l'élévation du fond de 1 centimètre se produisit vers le neuvième jour, et dans l'observation no 31 (élévation de 1 cm. 1/2 vers le huitième jour), nous ne trouvons rien qui soit digne de remarque.

Dans les observations no 32 (du septième au huitième jour, le fond de l'utérus restait à la même hauteur) et no 37 (élévation du fond du cinquième au septième jour de 1/2 cm.), nous trouvons une malformation utérine. Dans les observations no 36 (élévation de 1 centimètre vers le sixième jour) et no 35 (le fond reste sur la même hauteur du sixième au huitième jour), il s'agit d'un accouchement gémellaire. Dans l'observation no 47 (élévation de 2 centimètres du cinquième au septième jour) la femme a un fibrome. Dans l'observation no 33 (élévation de 2 centimètres du huitième au neuvième jour) la caduque était retenue en partie : l'enfant était mort pendant le travail qui dura trente heures. Dans l'observation no 41 (élévation de 1/2 cm. du cinquième au septième jour) la femme était syphilitique ; l'enfant vint mort et macéré. Dans les observations no 42 (élévation de 1 centimètre dans la neuvième journée) et no 45 (élévation de 1/2 cm. dans la septième journée), nous voyons que les femmes ont présenté la fièvre dans les suites de couches. Mais ces élévations se produisirent quand la température était normale.

Dans toutes ces observations (excepté les 2 dernières) les suites de couches étaient apyrétiques et nous avons vu que les ascensions de l'utérus se produisaient entre la cinquième et la neuvième journée.

Nous ne pouvons attribuer ces élévations utérines aux causes particulières que nous avons rapportées plus haut. Nous ne voyons donc pas par quel mécanisme le fibrome, la caduque retenue en partie, la grossesse gémellaire peuvent produire non seulement l'arrêt, mais même la réascension de l'utérus. D'ailleurs, comme nous l'avons dit dans les trois premières observations, nous n'avons rien trouvé comme causes.

Nous ne pouvons donc pas nous expliquer cette particularité de régression utérine et nous exposerons ici l'opinion de Silvie qui, au cours de ses observations, a vu quelques cas semblables ; il pensait que ces phénomènes étaient dus à la contraction des muscles situés dans le segment inférieur qui tend à reprendre sa place et sa situation normale, ce qui amène l'ascension du fond et presque toujours l'augmentation du volume tout entier.

QUELQUES REMARQUES

SUR LA POSITION DE L'UTÉRUS DANS LES SUITES DE COUCHES

Dans la plus grande majorité des cas, l'utérus était incliné à droite lorsque nous examinions la femme dans la position horizontale, bien couchée sur le dos.

Ce n'est pas une nouvelle position spéciale que prend l'utérus dans les suites de couches ; nous savons que pendant la grossesse l'utérus le plus souvent est incliné à droite ; l'utérus garde cette inclinaison après la grossesse dans les premiers jours des suites de couches. Levret a pensé que cette position était due à l'insertion du placenta, qui par son poids faisait basculer l'utérus ; mais cela ne correspond pas toujours à la réalité ; certains auteurs ont voulu expliquer ce phénomène par l'habitude de se servir de la main droite, par l'habitude de se coucher sur le côté droit.

Pour Pfankouch il faut chercher l'explication de cette inclinaison dans l'influence qu'ont sur l'utérus embryonnaire, les organes voisins qui l'inclinent

un peu à droite, d'où après le développement complet tendance innée à être incliné à droite.

Dans toutes ces observations, ce n'est que dans six cas que nous avons vu l'utérus incliné vers la moitié gauche de l'abdomen et dans 4 cas il était sensiblement sur la ligne médiane. Parmi les 6 cas où l'utérus était placé à gauche, nous avons observé deux fois une malformation utérine : la corne gauche était plus développée que la corne droite de l'utérus : observations nos 16 et 33. La position dans la moitié droite ou gauche de l'abdomen n'est pas quelque chose de fixe. Il suffit à la femme de se coucher pendant quelque temps sur le côté opposé à celui où se trouve l'utérus, pour que l'utérus sous l'influence de son poids soit incliné du même côté.

Nous avons vu quelquefois l'utérus changer de position d'un jour à l'autre à cause du berceau qu'on a mis tantôt d'un côté du lit, tantôt de l'autre. Mais on ne remarque cette variabilité de position que pendant les premiers trois ou quatre jours. A partir de ce moment l'utérus, diminué sensiblement de volume tend à se mettre dans la position médiane du corps et la garde, si la réplétion des deux réservoirs, surtout de la vessie, ne le chasse pas de sa place. Assez souvent nous avons observé deux tumeurs dans la partie inférieure de l'abdomen : l'une qui était due à la vessie située à gauche et l'autre placée plus haut et à droite représentait l'utérus déplacé par la vessie. Au cours d'une autopsie, à laquelle nous avons déjà fait allusion, nous avons vu nette-

ment ce déplacement de l'utérus par la vessie. Quand on ponctionna la vessie on put voir l'utérus petit à petit descendre dans l'excavation du petit bassin et prendre la position médiane.

Pendant notre travail à la clinique Baudelocque, nous avons pu prendre des mensurations sans grandes difficultés. Dans quelques cas cependant, à partir du huitième au neuvième jour des suites de couches, nous n'avons pu retrouver le fond de l'utérus. Généralement les faits se présentaient comme il suit : dans les deux premiers examens le fond de l'utérus était accessible ; dans le troisième examen il devenait déjà difficile de délimiter correctement le fond,et la différence de la hauteur sur l'examen précédent était alors assez accusée, et pendant l'examen suivant il nous était impossible de retrouver le fond utérin.

Nous eûmes d'abord l'intention de passer légèrement sur ces cas en expliquant l'impossibilité de trouver le fond par notre inexpérience ; mais comme ces cas se répétaient de temps à autre, nous nous sommes adressé à notre maître M. le Dr Wallich qui a bien voulu faire le toucher vaginal dans deux cas. Il a trouvé l'utérus en rétroversion, lequel phénomène était déjà signalé par lui dans le manuel *Éléments d'obstétrique.*

Nous pouvons penser également que dans les trois autres observations que nous plaçons plus bas il s'agit aussi de rétroversion.

Voici les observations :

Obs. n° 49 (n° 1.874 du registre de Baudelocque).—Une tertipare de trente-quatre ans, réglée à douze ans, n'ayant rien de remarquable dans les antécédents pathologiques, accouche au neuvième mois d'un enfant de 2.370 grammes, placenta ayant 350 grammes. Les suites de couches étaient apyrétiques.

La vessie était à peu près vide pendant nos examens.

Jours	Hauteur utérine	Dernière défécation
Premier.....	17 cm.	13 heures
Troisième.....	15 1/2	61 —
Quatrième.....	13	1 —
Sixième.....	9 1/2	41 —
Huitième.....	?	40 —

Examen pratiqué par M. le Dr Wallich avec des gants stérilisés, après toilette vulvaire et injection vaginale montre l'utérus en rétroversion.

Obs. n° 49 (n° 1.881 du registre).— III-pare de vingt-quatre ans, réglée à seize ans, ne présentant rien dans les antécédents pathologiques, accouche à terme d'un enfant de 3.500 grammes ; le placenta pesait 500 grammes. Les suites de couches étaient apyrétiques.

Jours	Hauteur utérine	Dernière défécation	Dernière miction
Deuxième..	14 cm.	26 heures	7 heures
Troisième..	11 — 1/2	50 —	1/2 —
Cinquième.	9 — 1/2	15 —	1/2 —
Septième...	6	24 —	1 —
Neuvième..	?	13 —	1/2 —

Dans la neuvième journée nous ne pouvons pas trouver l'utérus que M. le Dr Wallich trouve en rétroversion.

Dans les trois observations suivantes la vérification de la position n'était pas faite, mais nous pouvons croire qu'il s'agissait ici encore de rétroversion étant donné que les circonstances rappelaient exactement celles des observations précédentes.

Obs. n° 50 (n° 1.730 du registre). — Il s'agit d'une primipare de dix-sept ans, réglée à dix-sept ans, ne présentant rien de particulier dans ses antécédents pathologiques, qui accouche à terme d'un enfant de 3.450 grammes ; le placenta pesait 520 grammes.

Suites de couches apyrétiques.

Les réservoirs n'ont pas pu avoir d'influence sur la position de la matrice pendant nos examens.

Jours	Hauteur utérine
Deuxième.....	15 cm.
Troisième.....	13 — 1/2
Cinquième.....	9
Septième.....	?

Obs. n° 51 (n° 1.755 du registre). — Primipare de vingt-huit ans, réglée à dix-huit ans, accouche à terme d'un enfant de 3.050 grammes ; le placenta pesait 450 grammes. Rien dans ses antécédents pathologiques. Suites de couches apyrétiques.

Jours	Hauteur utérine
Deuxième.....	14 cm. 1/2
Quatrième.....	11 — 1/2
Cinquième.....	10 — 1/2
Septième.....	6 — 1/2
Huitième.....	?

Obs. n° 52 (n° 1.795 du registre). — Tertipare de trente-deux ans, accouche à terme d'un enfant de 3.820 grammes. Le placenta pèse 500 grammes. Rien dans ses antécédents pathologiques. Suites de couches étaient apyrétiques.

Jours	Hauteur utérine
Premier.....	13 cm.
Troisième.....	11 —
Cinquième.....	9 —
Sixième.....	6 —
Huitième.....	? —

Nous remarquons que dans l'avant-dernier examen de chacune de ces observations, la diminution d'hauteur de l'utérus est assez considérable ; nous l'expliquons par ce fait que, pendant nos mensurations, nous avons pu prendre pour le fond utérin sa paroi antérieure.

LA VALEUR DE L'EXAMEN CLINIQUE

DE L'UTÉRUS PENDANT LES SUITES DE COUCHES AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC

Nous avons vu en étudiant les observations précédentes la grande variabilité d'aspect de l'utérus pendant les suites de couches. Mais nous n'avons pas eu l'occasion d'étudier l'arrêt de régression utérine sous l'influence des maladies.

Il y a certains états morbides qui arrêtent l'involution, et dans cet arrêt les auteurs voient un symptôme important pour juger de l'état de santé de la femme.

Dans ce chapitre, nous voulons étudier à quelles causes est dû l'arrêt d'involution, et si on peut dans la pratique journalière se baser sur ce symptôme pour le diagnostic.

Les auteurs qui ont étudié la question de l'involution utérine ont vu qu'il y avait certaines causes retardant la régression utérine.

Un des premiers qui s'occupa de cette question était Simpson, d'Édimbourg ; il a donné à ce retard de régression le nom de subinvolution.

Fauquez, en 1879, regarde les maladies fébriles comme capables d'entraver le retrait utérin et il rappelle une observation de Ch. West d'après laquelle un arrêt d'involution se serait produit par suite de la fièvre typhoïde.

Chenet, dans son travail *l'Involution utérine et l'engorgement utérin,* a vu la cause de la subinvolution dans un trouble de la circulation qui empêche aux vieux éléments anatomiques de l'utérus de disparaître et d'être remplacés par les éléments nouveaux.

Wieland trouve les causes du retard de l'involution dans la montée laiteuse, dans les phénomènes généraux plus ou moins graves (comme pleurésie, bronchite capillaire),dans le phlegmatia alba dolens.

Autefage donne comme causes les gerçures du sein, les inflammations de la matrice et de voisinage.

Doleris,en étudiant cette question, a fait entrer la subinvolution dans le rang des fausses métrites. Delbet, dans son article « Les métrites », démontre que les causes dyscrasiques seules ne suffisaient pas à déterminer les métrites et pour lui « le grand facteur des troubles de l'involution puerpérale c'est certainement la septicité ».

Leclerc-Montmoyen avec les courbes a montré que dans l'albuminurie il se produit un certain retard à l'involution.

Gauzinotti, dans son travail, expose le rapport entre la fièvre et l'involution ; d'après lui tous les cas de fièvre n'arrêtent pas l'involution ; il donne

plusieurs courbes prises de jour en jour et on voit que ni la fièvre typhoïde, ni la pneumonie, ni la broncho-pneumonie, ni les abcès du sein n'empêchent la régression de se produire. L'infection générale ou locale qui ne vient pas de l'utérus n'a pas d'influence sur l'involution utérine.

Si au contraire l'infection se localise à l'endomètre, l'arrêt se produit d'une façon nette. Prenons une des courbes concernant la fièvre puerpérale (planche 31).

La hauteur de l'utérus est de 13 centimètres pendant la première journée, descend à 8 centimètres dans la seconde journée et reste à la même hauteur pendant douze jours, tant que la fièvre persiste. La descente de l'utérus et de la température sont ensuite parallèles.

Dans les thèses de Leclerc-Montmoyen et de Camacho nous pouvons trouver des courbes semblables. Camacho est du même avis que Ganzinotti sur la question de la subinvolution. Il critique les opinions des auteurs précédents et dit que « la seule cause susceptible d'arrêter l'involution utérine est l'infection puerpérale ». Or, dans l'arrêt de l'involution, on pourra trouver un bon signe d'infection puerpérale. « Nous croyons, dit Camacho, que l'on doit considérer l'arrêt de l'involution comme un signe très important; il nous semble que l'arrêt de l'involution est un signe aussi important et parfois même il se présente avant que la palpation soit douloureuse et que l'endométrite puerpérale soit con-

firmée par la fétidité des lochies, l'élévation de la température. »

Varnier, dans son travail, *la Pratique des accouchements*, remarque que les « maîtres accoucheurs n'ont jamais manqué, à leur visite quotidienne, de palper et mesurer l'utérus ».

Maintenant, en admettant que dans le cas de fièvre ce soit l'infection puerpérale qui produise l'arrêt, peut-on prendre ce phénomène d'arrêt comme symptôme pour diagnostiquer la fièvre puerpérale dans la pratique journalière. Il nous semble que ce serait illusoire, en pratiquant le palper abdominal et même en mesurant l'utérus, de porter un diagnostic d'infection puerpérale.

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, l'utérus est doué d'une mobilité et les réservoirs voisins ne restent pas sans influence sur sa position. Dans la pratique journalière, il n'est pas toujours possible d'éviter les causes d'erreur dues aux réservoirs, qui en se remplissant peuvent élever l'utérus et simuler l'arrêt de l'involution.

Nous avons recueilli trois observations, dans lesquelles les suites de couches étaient accompagnées de fièvre et par lesquelles nous pourrons préciser notre pensée.

Observation nº 54 (nº 1920 du registre). — Il s'agit d'une secondipare de dix-huit ans, réglée à onze ans et demi. Une métrite dans les antécédents. La grossesse pouvait être à terme. Le premier accouchement s'est bien passé. La femme

accouche d'un enfant de 3.410 grammes en position O. I. G. A. Le placenta de 580 grammes est bordé. Durée du travail : sept heures. Délivrance une demi-heure après. Membranes dissociées, déchirées. La caduque épaissie et vascularisée est retenue en partie.

Jours	Température Mat. Soir	Hauteur utérine	Dernière miction	Dernière défécation
—	—	—	—	—
Premier	36,8	17 cm.	12 h.	12 h.
Deuxième.....	36,8-37,1			
Troisième.....	36,8-37,8	12	1	60
Quatrième.....	36,8-37,8	12	4	84
Cinquième.....	36,8-36,6	8	1	10
Sixième	36,8-36,9			
Septième.....	36,2-38	6	2	8
Huitième.....	36,2-36,6	5	1	32

Comme nous voyons, d'après ce tableau, le soir de la troisième journée, la femme présente de la température (on prend à Baudelocque la température axillaire). Elle se plaint de maux de tête, de courbature générale, dort mal dans la nuit. Le lendemain la température tombe le matin, mais l'accouchée se sent mal. L'utérus est resté à la même hauteur que celle de la journée précédente.

En présence de cette même hauteur, peut-on affirmer le diagnostic de fièvre puerpérale? Certainement non. L'utérus était à la même hauteur parce que la vessie et le rectum l'élevaient. La femme a pris dans la journée un lavement et le lendemain nous avons vu l'utérus descendre de 4 centimètres, ce qui nous

démontre bien que dans la quatrième journée l'utérus était élevé par les réservoirs. Quant au diagnostic, il s'agissait probablement d'une angine, étant donné que les amygdales étaient un peu enflammées. Le cinquième jour la température tombe, les symptômes morbides s'amendent et la régression continue n'étant plus influencée par les réservoirs.

Prenons une autre observation n° 55 (n° 1.866 du registre).

Il s'agit d'une primipare de vingt-quatre ans. Dans les antécédents, rien à signaler. Réglée à quinze ans et demi.

Grossesse normale peut-être à terme. Elle accouche en O. I. G. A. d'un enfant de 3.970 grammes, après un travail de vingt-deux heures. Placenta: 620 grammes. Les membranes paraissent être complètes; délivrance une demi-heure après l'accouchement.

Jours	Température matin et soir	Hauteur utérine	Dernière miction	Dernière défécation
—		—	—	—
1...	36,8			
2...	36,2-37,6	14	2	45
3...	36,4-37,8	14	6	69
4...	36,4-36,8	10	1	1

Dans le courant de la deuxième journée la femme se plaignait de maux de tête, de légère oppression et de toux. Cette dernière l'empêcha de dormir et dans le matin du troisième jour, nous trouvons des râles sifflants et sibilants surtout accusés vers la partie postérieure du poumon.

L'utérus restait à la même hauteur. L'utérus et le ventre

étaient un peu sensibles à la pression. Fallait-il conclure de ce que l'utérus restait à la même hauteur et de sa légère sensibilité qu'il y avait quelque chose de grave du côté de l'endomètre. Nous ne le pensons pas.

En regardant le tableau nous voyons que dans le troisième jour, au moment de l'examen, les réservoirs n'étaient pas vides: ils ont maintenu l'utérus à la hauteur de la journée précédente. La température était due à la bronchite. Après la potion calmante pour la toux et un lavement la malade commence à se sentir beaucoup mieux. Elle ne présente plus de température dans les journées suivantes et elle sort dans sa onzième journée des suites de couches.

D'un autre côté nous ne sommes pas en droit de négliger le diagnostic de l'infection utérine, quand nous trouvons pendant notre examen que le fond de l'utérus s'est abaissé par rapport au jour précédent. Une observation nº 56 (nº 1831) est assez instructive à ce sujet.

Il s'agit d'une secondipare de trente-quatre ans, réglée à quatorze ans ; la femme est une rachitique (légère parenthèse fémorale et traces de chapelets costaux). Scarlatine à vingt ans. Albuminurie après le premier accouchement en 1907. Métrite et paramétrite à trente-deux ans. Pendant la grossesse actuelle l'albumine est réapparue. Elle accouche au neuvième mois d'un enfant de 2.700 gr. en O. I. D. P. après un travail qui dura quatorze heures. Placenta : 650 grammes.

Délivrance une demi-heure après l'accouchement. Rétention de la caduque presque complète.

Jours	Température matin et soir	Hauteur utérine	Dernière miction	Dernière défécation	Pouls
1...	36,3-36,8	15 cm 1/2.	4 h. 1/2	16 heures	80
2...	36,8-38,2				
3...	36,6-38,	12 cm. 1/2	5	64	100
4...	37,8-38,2	8 cm. 1/2	1/2	5	108
5...	38,0-38,2				
6...	37,4-38,8	8	2	12	100
7...	37,4-38,8				
8...	37,4-38,	7 cm. 1/2	1/2	3	100
9...	36,6-37,8				
10...	37,2-37,	6 cm. 1/2	1	11	88
11...	37,2-37,8	5 cm. 1/2	2	2	88
12...	36,8-38,8				
13...	37,0-37,8	4	1/2	12	80
14...	36,8-37	—	—	—	—
15...	36,8-37,2	—	—	—	—

Vers la fin de la deuxième journée la femme a eu un léger frisson et se plaignait de malaise général et de céphalalgie. La température monta à 38°2. Pendant notre examen du matin dans la troisième journée nous trouvons la température normale, 36°6 ; l'utérus a baissé de 3 centimètres ; pouls : 100, plus fréquent que dans la première journée. Le ventre est légèrement sensible. On donne à la femme un lavement. Le matin de la quatrième journée nous trouvons la température à 37°8, pouls à 108 ; mais en prenant la mesure de la hauteur de l'utérus nous avons constaté l'abaissement de 4 centimètres, Les lochies sont devenues légèrement odorantes.

En présence de cet abaissement fallait-il exclure le diag-

nostic de légère infection puerpérale. Sans doute ce serait une grave erreur. Cet abaissement nous devons surtout l'attribuer à l'évacuation de la vessie et du rectum dans la soirée de la troisième journée. Il est probable que l'utérus dans la quatrième journée présentait l'arrêt de la régression, mais il n'était pas possible de s'en rendre compte à cause des réservoirs. Dans la soirée, en présence de la persistance de la température, on isole la femme et on lui donne une injection intra-utérine. D'après le tableau, nous voyons comment a évolué ensuite la maladie. Nous remarquons un certain degré d'arrêt qui persista tant que le pouls de la femme resta fréquent.

La femme sort sur sa demande dans la seizième journée des suites de couches.

D'après ces observations on voit nettement, qu'en pratique journalière, on ne peut pas se rendre bien compte de l'état de santé de la femme d'après la position de l'utérus ; cette position dépend souvent de l'état de réplétion des réservoirs, dont nous avons montré l'influence.

CONCLUSIONS

I. — Dans la pratique l'examen de l'utérus par le palper abdominal permet de constater d'assez nombreuses variations sur la régression ou l'involution apparente de cet organe.

II. — Nos observations nous ont permis de constater que la hauteur du fond de l'utérus était dans les premiers jours surtout influencé par l'état de replétion ou de vacuité de la vessie et du rectum.

III. — C'est la vessie qui nous a semblé avoir la plus grande influence sur la situation de l'utérus, et il nous a été donné de constater qu'une petite quantité d'urine dans la vessie suffisait à élever le fond de l'utérus à une certaine hauteur.

IV. — L'influence de la replétion du rectum sur le changement de hauteur de l'utérus est infiniment moins accusée.

V. — Il nous a été donné enfin de constater que dans la majorité des cas l'utérus se trouve, pendant les premiers jours des suites de couches, incliné à droite et dans quelques cas de régression ensapparence très rapide il s'agissait de rétroversion de l'utérus.

VI. — Il est donc difficile de reconnaître par l'examen clinique l'évolution normale ou l'arrêt de l'involution utérine et comme on l'a cru longtemps d'établir sur ces constatations le diagnostic et le pronostic d'une infection utérine.

Vu : Le Président de la thèse,
PINARD

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

1. Amenitzki (A). — Processus physiologique de l'involution de l'utérus. Pétersbourg, 1862.
2. Aran. — Etudes cliniques sur les maladies de l'utérus. Paris 1858.
3. Autefage. — Retrait de l'utérus après l'accouchement. Thèse de Paris, 1869.
4. Avrard. — De l'Involution incomplète de l'utérus après la grossesse et de ses conséquences. Thèse de Paris, 1881.
5. Baudelocque. — Principes sur l'art des accouchements, 1787.
6. Blanc. — Influence de l'ergot de seigle sur la régression utérine (Annales de Gynécologie. Paris, 1888).
7. Boivin. — Mémorial de l'art des accouchements, 1833.
8. Budin et Crouzat. — La Pratique des accouchements, 1898.
9. Budin et Demelin. — Traité d'accouchements et d'allaitement, 1904.
10. Camacho-Martin. — Recherches sur l'involution utérine. Thèse de Paris, 1906.
11. Cazeau. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements. Paris, 1874.
12. Charpentier. — Traité d'accouchements, 1888.
13. Chenet. — De l'Involution utérine et de l'engorgement utérin. Thèse de Paris, 1877.
14. Delbet. — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, t. VIII.

15. Depaul. — Leçons de clinique obstétricale, 1872-1876.

16. Desplats. — Est-il bon que la femme soit condamnée à un repos sévère après l'accouchement ? (Journal Soc. méd. de Lille, t. I, p. 31, 1899).

17. Doléris. — Métrites et fausses urétrites. Paris, 1902.

18. Dubois. — De la Rétroflexion dans ses rapports avec l'arrêt de l'involution de l'utérus (Revue méd. et chir. des mal. des femmes, 1882).

19. Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchement.

20. Duval (Eugène). — Remarques cliniques sur 22 cas de régression incomplète de l'utérus traités par les injections d'eau chaude prolongées. Th. de Paris, 1888.

21. Fauquez (E.-R.). — De la Métrite chronique dans ses rapports avec l'arrêt de l'involution de l'utérus après l'accouchement et l'avortement. Th. de Paris, 1879.

22. Ferras. — L'Atrophie utérine de lactation, maladie de Frommel. Th. de Lyon, 1905.

23. Ganzinotti. — Étude de l'involution utérine dans les premiers jours de couches normales ; application de la méthode graphique, recherches cliniques sur les rapports qui existent entre la fièvre et l'arrêt de l'involution. Th. de Nancy, 1882.

24. Guérin (Jules). — Discussion sur la fièvre puerpérale à l'Académie de Médecine. (Gaz. méd. de Paris, 1858).

25. Guillemeau. — De la Grossesse et des accouchements des femmes, 1621.

26. Heschl. — Uber das Verhalten des menschlichen Uterus nach der Gebourst (Wienner Zeitschrift, 1852).

27. Jacquemier. — Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées, 1846.

28. Leclerc-Montmoyen. — De l'Involution utérine dans l'albuminurie. Th. de Lyon, 1903.

29. Maygrier. — Nouvelles démonstrations d'accouchement, 1840.
30. Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses et celles qui sont accouchées, 1721.
31. Milsom. — Contribution clinique à l'étude de l'involution utérine. Th. de Lyon, 1881.
32. Pfannkuch. — Arch. fur Gynæcologie, 1872.
33. Poulat. — Étude critique et bibliographique sur quelques-uns des traitements de la subinvolution utérine. Th. de Paris, 1891.
34. Puzos. — Traité des accouchements, 1759.
35. Pinard. — Traité du palper abdominal, 1889.
36. Pozzi. — Traité de gynécologie, 1908.
37. Pierra. — De l'atrophie utérine par l'excès d'involution (Rev. mém. de Gyn. d'Obst. et Péd.), 1908.
38. Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'obstétrique, 1908.
39. Serducoff. — The Edinb. Med. Journal, 1875.
40. Silvie. — Régression utérine. Th. de Paris, 1899.
41. Simpson. — Morbid deficiency and morbid excess in the involution of the uterus after delivry (Month. J. M. Soc. Londres, 1852).
42. Sinclair — Puerperal Involution Boston, 1880.
43. Stolz. — Considérations sur quelques points relatifs à l'art des accouchements. Th. de Strasbourg, 1826.
44. Tarnier et Chantreuil. — Traité de l'art des accouchements, t. I., 1888.
45. Vallette. — De l'Involution utérine, 1910.
46. Varnier (H.). — La Pratique des accouchements (Obstétrique journalière, 1900).
47. Wallich. — Élément d'obstétrique, 1910.
48. Wieland. — Étude sur l'involution de l'utérus pendant la grossesse et sur le retour de cet organe à l'état normal après l'accouchement. Th. de Paris, 1858.

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris